EIN FALL
VON SOGENANNTER AKROMEGALIE
MIT
DIABETES MELLITUS.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

VORGELEGT DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

KÖNIGL. FRIEDR.-ALEXANDERS-UNIVERSITÄT ZU ERLANGEN

AM 6 JULI 1889

VON

MAX SALBEY

CAND. MED.

AUS LÜBBEN I. D. NIEDERLAUSITZ.

ERLANGEN 1889.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545819_0163

EIN FALL

VON SOGENANNTER AKROMEGALIE

MIT

DIABETES MELLITUS.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

VORGELEGT DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

KÖNIGL. FRIEDR.-ALEXANDERS-UNIVERSITÄT
ZU ERLANGEN

AM 6. JULI 1889

VON

MAX SALBEY

CAND. MED.

AUS LÜBBEN I. D. NIEDERLAUSITZ.

ERLANGEN 1889.

Gedruckt mit Genehmigung der med. Facultät.
Referent: Prof. Dr. *A. Strümpell.*

Vor kaum 3 Jahren wurde von Pierre Marie[1]) in Paris auf eine eigenthümliche Erkrankung hingewiesen, deren Hauptsymptom in einer „hypertrophie singulière non congénitale des extrémités supérieures, inférieures et céphalique" besteht und welcher er deshalb den Namen Akromegalie d. h. Spitzenwuchs gab.

Schon früher waren einzelne ähnliche Fälle unter verschiedenen Bezeichnungen veröffentlicht worden, so zwei Fälle von Friedreich[2]) als „Hyperostose des gesammten Skelets," ein anderer von Lombroso[3]) als „allgemeine Hypertrophie (Macrosomia) oder scheinbare Elephantiasis." Henrot[4]) beschrieb einen sicher hierher gehörigen Fall als Myxoedem, und Fritsche und Klebs[5]) bezeichneten den ihrigen als Riesenwuchs. Ferner theilten Saucerotte[6]) und ebenso Brigidi[7]) einen einschlägigen Fall mit.

Wenn es auch fraglich erscheinen kann, ob alle erwähnten Beobachtungen wirklich zur Akromegalie gerechnet werden dürfen (so hat sich z. B. Virchow[8]) neuerdings

---

[1]) Sur deux cas d'acromégalie. Revue de Médecine VI. 1886. p. 297—333.

[2]) Virchow's Archiv. Bd. 43, S. 83, 1868.

[3]) Virchow's Archiv. Bd. 46. S. 253, 1869.

[4]) Notes de clin. méd. Reims 1877 und 1882. Bei P. Marie mitgetheilt l. c. p. 319.

[5]) Ein Beitrag zur Pathologie des Riesenwuchses. Leipzig, Vogel 1884.

[6]) Melanges de Chirurgie I. 1881. p. 407. Mitgetheilt bei P. Marie l. c. p. 313.

[7]) Vortrag in der med. Gesellschaft zu Florenz. 26. Aug. 1877. Mitgetheilt bei Fritsche u. Klebs, l. c. p. 21.

[8]) Berliner klinische Wochenschrift, 1889, No. 5.

dahin ausgesprochen, dass der Fall von Fritsche und Klebs eher zu der sog. Osteitis deformans zu zählen sei), so sind einzelne hierher gehörige Fälle doch sicher schon früher beschrieben worden, ohne dass es aber den früheren Beobachtern vor Marie gelungen war, das einheitliche und so überaus charakteristische Krankheitsbild genauer zu umgrenzen und festzustellen.

Seitdem aber durch die beiden ersten von Marie veröffentlichten Fälle die Aufmerksamkeit der Aerzte einmal auf die Krankheit hingelenkt worden war, sind zahlreiche weitere Veröffentlichungen erfolgt, so dass das Leiden keineswegs mehr als ein besonders seltenes erscheint. Auch darf man annehmen, dass dasselbe oft nicht besonders beachtet oder auch völlig übersehen wurde, wie dies ja für die minder ausgesprochenen Fälle ganz verständlich ist. Dazu kommt, dass in einigen Fällen die Akromegalie nur einzelne Theile des Körpers derartig betreffen kann, dass ihre Vergrösserung besonders auffällt. Virchow[8]) wenigstens behauptet bei der Besprechung eines derartigen Falles, dass dieselbe Erscheinung, die bei der eigentlichen Akromegalie in einer gewissen Summirung, in einer Häufung der Vorgänge auftritt, auch ganz partiell, nur auf einzelne kleine Theile beschränkt bleiben kann. Wir können hierauf nicht weiter eingehen, jedoch scheint uns die Zugehörigkeit solcher partiellen Vergrösserungen zur Akromegalie noch nicht völlig sichergestellt.

Nach dem Erscheinen des Marie'schen Aufsatzes theilte zuerst Minkowski[9]) eine neue Beobachtung mit. Bald darauf folgte die äusserst werthvolle Arbeit von Erb[10]), in welcher die bisher beschriebenen und zugleich ein sorgfältig untersuchter neuer Fall, im Ganzen elf Fälle übersichtlich und erschöpfend zusammengestellt sind. Zugleich nahm Erb Veranlassung, die noch am Leben befindlichen Gebrüder Hagner,

---

[9]) Ueber einen Fall von Akromegalie. Berl. klin. Wochenschrift, 1887, No. 21.

[10]) Deutsches Archiv f. klin. Medicin. XLII. Band, p. 295—338.

deren Leiden 20 Jahre früher von Friedreich als Hyperostose des gesammten Skelets bezeichnet worden war, von Neuem einer genauen Untersuchung zu unterwerfen.

In der Clinical Society of London wurden ferner von W. H. Dickinson, Hadden und Ballance hierher gehörige Fälle mitgetheilt.[11])

Ferner veröffentlichte Dr. August Bier[12]) in Kiel eine Beobachtung.

Die Mittheilung Fraentzels[13]) war insofern von höchstem Interesse, als Vater und Tochter an Akromegalie litten, und somit wenigstens eine Vererbung der Disposition in einem vereinzelten Falle nachgewiesen war.

Von Saundby[14]) wurde in der Birmingham etc. Gesellschaft ein Akromegaliefall vorgestellt, der später auch zur Section gelangte.

Ferner wurde aus New-York eine Beobachtung von J. Adler[15]) bekannt gegeben; die betreffende Frau zeigte zugleich eine weitverbreitete Lymphdrüsenvergrösserung.

Die letzte eingehendere Arbeit über unsern Gegenstand ist die von W. A. Freund[16]), der ebenfalls neue Fälle mittheilt.

Rechnet man hierzu noch mehrere neuerdings bekannt gewordene Beobachtungen, so sieht man, dass die Zahl der bisher beschriebenen Fälle von Akromegalie keineswegs mehr eine geringe ist[17]).

---

[11]) British med. Journal vom 21. April 1888, No. 1425.

[12]) Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik zu Kiel IV. Lipsius u. Fischer. Kiel 1888.

[13]) Oscar Fraentzel. Ueber Akromegalie. Deutsche medicinische Wochenschrift No. 32, 9. August 1888.

[14]) Akromegaly, by Saundby. The Brit. med. Journ. 1889. 5. Jan. p. 20.

[15]) Auszug in Deutsche med. Wochenschrift, XV. Jahrgang. No. 4. 24. Januar 1889.

[16]) R. von Volkmanns Sammlung klin. Vorträge No. 329—330. Leipzig 1889. Breitkopf u. Härtel.

[17]) R. Virchow. Ein Fall und ein Skelet von Akromegalie. Berliner klinische Wochenschrift, 1889, No. 5.

Wenn ich in Folgendem trotzdem noch eine hierher gehörige klinische Beobachtung veröffentliche, so ist dies dadurch gerechtfertigt, dass der betreffende Fall eine Anzahl interessanter Einzelheiten darbietet, welche bisher theils noch garnicht, theils erst sehr selten beschrieben worden sind. Ich darf somit hoffen, dass derselbe ein nicht ganz unwesentlicher Beitrag zur Vervollständigung des Krankheitsbildes der Akromegalie sein wird.

Anamnese:

Anna Schneider, 29 Jahr alt, unverehelichte Dienstmagd aus Buckenhofen bei Forchheim.

Der Vater der Patientin erlag im Alter von 58 Jahren den Folgen eines Herzfehlers. Die Mutter lebt, ist jetzt 49 Jahr alt, wieder verheirathet. Aus zweiter Ehe stammen noch 3 Kinder, deren ältestes 9 Jahre zählt. Ein rechter Bruder der Pat., 21 Jahr alt, ist brustleidend; eine Schwester starb 16 Jahre alt an Typhus.

Eltern und Geschwister, von grosser, schlanker Statur, sollen ebenso wie entferntere Verwandte keine Spur einer ähnlichen Entstellung wie die Pat. zeigen.

Früher war die Schneider, wie sie angiebt, meist gesund und schlank gebaut; als Kind will sie sehr schnell gewachsen sein.

Als sechsjähriges Mädchen litt sie ein halbes Jahr hindurch an einem Fieber, das sich „immer über den andern Tag“ einstellte.

Im zehnten Lebensjahre machte sie die Masern durch.

Vom elften Jahre ungefähr bis zu dem ersten deutlich bemerkbaren Auftreten der Akromegalie (bis etwa vor fünf Jahren), seitdem seltener, wurde Pat. ziemlich oft von einer bisweilen einseitigen, manchmal auch doppelseitigen Schwellung des Gesichts, des Halses und speciell der Augenlider befallen; daneben bestanden Schluckbeschwerden und Kitzel im Halse.

Dieses Leiden soll immer 8—14 Tage angehalten haben; oft war auch ihre jüngere Schwester zu gleicher Zeit davon befallen.

Mit 18 Jahren stürzte Pat. eine Stiege von 20 Stufen hinab und verspürte danach fast ein Jahr lang Schmerzen im Kopf, sowie im Brust- und Lendentheil der Wirbelsäule.

Im Alter von 22 Jahren erkrankte sie an Diphtheritis.

Bis zu 13 Jahren besuchte Pat. die Schule, wo sie nur schwer lernte; das Denken machte ihr immer Schwierigkeiten. Von da ab half sie zu Hause mit und wurde besonders bei der Feldarbeit stark angestrengt. 16 Jahre alt trat sie in Dienst, hatte aber keine schwere Arbeit, sondern wurde in der Küche und zu häuslichen Verrichtungen verwendet, doch „nahm sie die Hitze am Heerde sehr mit“; sie will sich auch oft erkältet haben. Pat. war 5 Jahre in diesem Dienst, als die oben erwähnten Schwellungen so häufig wurden, dass sie denselben aufgeben musste. Später war sie noch ein halbes Jahr bedienstet, ging aber wegen desselben Leidens wieder nach Hause.

Dort schwoll die rechte Hand an, besonders der Daumen, aber auch andere Finger, so dass sie dieselben nicht biegen konnte. Dies verging und trat dann in der Folge öfter wieder auf. Das Leiden zog sich gegen ein halbes Jahr lang hin. Pat. war damals ungefähr 22 Jahr alt.

Menstruirt wurde sie zuerst im Alter von 16 Jahren; sie hatte dabei nie Beschwerden, die Menses kehrten regelmässig alle 4 Wochen wieder und dauerten 2, manchmal auch 3 Tage, doch will sie dabei immer sehr viel Blut verloren haben. Als Pat. ungefähr 24 Jahr alt war, traten starke Beschwerden und Krämpfe bei der Menstruation ein. Die Blutmenge wurde bei den folgenden Menses immer geringer, bis schliesslich dauernde Menopause eintrat.

Zugleich damit begann deutlich die jetzige Erkrankung. Es stellten sich „arge Schmerzen“ in den Gliedern, in Händen und Füssen, Armen und Beinen, im Körper, besonders in der Kreuzgegend und in den Unterbauchgegenden ein. Dazu gesellte sich ein gegen Abend beginnender, sehr heftiger dumpfer Kopfschmerz,

besonders um die Augen herum, der nach der Stirn, den Schläfen und in die Nasenwurzel ausstrahlte, so dass Pat., wie sie sagt, es nicht mehr aushalten konnte. Die Nächte hindurch hatte sie sehr wenig Schlaf und bei Tage thaten ihr die Augen weh, so dass es ihr Mühe kostete, dieselben offen zu halten. Das rechte war zeitweise geschwollen.

Die Finger wurden immer dicker und ungeschickter, feinere Handarbeiten wurden der Pat. unmöglich. Sie nahm am ganzen Körper zu und wurde mehr als noch einmal so stark wie früher; Kleider und Schuhe wollten durchaus nicht mehr passen. (Gew. 175 Pfd.)

Auch die Augäpfel traten hervor, die Sehkraft liess nach, und Pat. bekam öfter Herzklopfen ohne jede Veranlassung.

Die Lippen wurden zusehends dicker, ebenso die Nase.

Dies sowie ein Dunklerwerden des Gesichts fiel ihrer Umgebung ganz besonders auf.

Dann wurde auch die Stimme rauher und tiefer. Die Schneider hatte früher in der Kirche und sonst gut singen können, jetzt konnte sie keine höheren Töne mehr hervorbringen.

Mittlerweile wurden die Beschwerden und Schmerzen im Unterleib stärker und veranlassten sie, die Erlanger gynaikologische Klinik aufzusuchen, wo an ihr im März 1887 durch Herrn Prof. Dr. Zweifel die Castration vollzogen wurde. Die Ovarien waren vergrössert.

Nach der Operation nahm Pat. zwar ab, fühlte sich aber wohl. Bald jedoch wurde sie wieder stärker, ja noch stärker als früher. Ungefähr ein halbes Jahr später merkte sie dann aber, dass ihre Kräfte schwanden, sich eine zunehmende Mattigkeit einstellte, und sie auch wieder abmagerte. Die Schmerzen in den Extremitäten waren nicht mehr oder doch nur in geringem Maasse vorhanden. Nun trat Erbrechen auf, alltäglich, oft unter dem Essen, ungefähr 3 Monate hindurch. Die Schmerzen in den Augen wurden heftiger; sie war überhaupt sehr nervös.

Der Stuhl wurde unregelmässig, die Urinmenge war stark vermehrt, der Urin sehr blass. Es trat starkes Haut-

jucken und pruritus pudendi ein. Sie hatte viel Durst und noch mehr Hunger, sie wurde nie satt.

Die wachsenden Beschwerden, besonders die Mattigkeit, Muskel- und Kopfschmerz mit Schwindelgefühl trieben Pat. im Februar 88 auf kurze Zeit wieder nach Erlangen in die Klinik. Man fand Haut und Zunge auffallend trocken; der stark vermehrte Urin war ohne E., spec. Gew. 1036 und gab sämmtliche Zuckerproben.

Die Grundphalangen der Finger waren damals deutlich schmäler als die zweiten und Endphalangen

Im Mai kam Pat. wieder, aber die Haut war nicht mehr wie früher trocken und spröde, sondern immerwährend in Schweiss gebadet; sie fror leicht. Die Urinmenge war geringer geworden, dagegen zeigten sich die Stühle auffallend flüssig. Tage lang andauerndes Erbrechen wechselte mit freien Zeiten ab; der Appetit hatte nachgelassen, der Durst war noch ebenso stark wie früher. Pat. war bis auf 131 Pfd. abgemagert. Der Urin war völlig frei von Zucker.

Im October waren die neuralgischen Beschwerden wieder stärker geworden, daneben Klagen über Mattigkeit, Uebelkeit, Erbrechen, häufigen Drang zum Wasserlassen, Schlaflosigkeit. Die Vergrösserung an Nase, Lippen, Unterkiefer und Extremitäten hatte deutlich zugenommen. Das Körpergewicht war auf 192 Pfd. gestiegen.

Der Urin enthielt ungefähr 14 Tage lang Zucker, dann wurden die Proben zweifelhaft und völlig negativ; schliesslich war bis Weihnachten auch nach reichlich Kohlehydrate enthaltenden Mahlzeiten selbst durch die Gährungsprobe kein Zucker mehr nachzuweisen.

Seit dem 24. December war der Harn wieder deutlich diabetisch und das Hautjucken, das in der letzten Zeit schon mässig bestanden hatte, wurde so heftig, dass Pat. dadurch ihrer Nachtruhe beraubt wurde. Fast den ganzen Monat Januar hindurch zeigte sich Incontinentia urinae. Leichte Obstipation. Der Appetit war nicht besonders, sodass sich Pat. öfter zum Essen zwingen musste. Ihre Hauptklagen bezogen sich auf den Kopfschmerz.

Status praesens:

April 89. Pat. ist eine grosse, breitschulterige und wohlbeleibte, sehr kräftig gebaute Person mit breitem, watschelndem Gange, deprimierter Stimmung und grosser geistiger Trägheit.

Temperatur normal. Pulsfrequenz 80. Respiration 24.

Die Körperlänge beträgt 161,5 cm., das Körpergewicht nach Abzug der Kleider 172 Pfd.

Das Knochengerüst ist sehr stark, das Fettpolster gut entwickelt, die Muskulatur schlaff.

Die Haut zeigt im Ganzen eine gelbbraune Färbung (s. Gesicht), ist blass, ohne abnorme Behaarung, hypertrophisch. Sie erscheint überall zu weit, lässt sich an allen Stellen des Körpers in grösseren Falten mit Leichtigkeit abheben, fühlt sich etwas verdickt an und ist fortwährend von Schweiss mit stark sauerer Reaction wie gebadet. Zucker lässt sich in demselben nicht nachweisen.

Pat. verbreitet einen ziemlich unangenehmen Schweissgeruch und friert in Folge der immerwährenden Diaphorese selbst im Zimmer sehr leicht.

Die mikroskopische Untersuchung eines dem Daumenballen entnommenen Hautstückchens ergiebt eine deutliche Vermehrung des Bindegewebes und vielleicht etwas Verdickung der Gefässwände; im Uebrigen ist daran nichts Abnormes nachzuweisen.

Kopf: Der Gesichtsschädel erscheint dem Hirnschädel gegenüber zu gross. Das Gesicht zeigt längsovale Form und ist an Stirn und Schläfen dunkel pigmentirt. Der Gesichtsausdruck ist, wie die Stimmung der Pat., melancholisch und etwas stupid.

Das Haar ist dunkelbraun und soll nach Angabe der Pat. früher kräftiger gewesen sein.

Die Stirn ist ziemlich hoch. Die Augenbrauen mässig entwickelt. Die braunen Augen treten hervor und zeigen etwas rotatorischen Nystagmus. Hydrops der Thränendrüse rechts.

Die Backenknochen stehen ein wenig vor.

Die Nase ist besonders unten breit und dick, kolbig, der Nasenrücken ziemlich normal, die Nasenlöcher weit.

Die Ohrmuscheln sind gross.

Die wulstig aufgeworfenen Lippen werden nicht völlig geschlossen.

Der Unterkiefer und in geringerem Maasse auch der Oberkiefer erscheinen vergrössert, das Kinn tritt hervor, Rand und Winkel des Unterkiefers sind verdickt.

Die Zähne sind klein und stehen senkrecht im Kiefer. Beim Schliessen des Mundes treten die Zähne des Unterkiefers nicht wie normal hinter, sondern unter und ein wenig vor die des Oberkiefers. Zwischen den mittleren Schneidezähnen des Oberkiefers findet sich eine kleinere, zwischen diesen und den äusseren eine grössere Lücke, ebenso eine breite Lücke (6 mm.) zwischen den mittleren Schneidezähnen des Unterkiefers; zwischen mittleren und äusseren eine ungefähr gleich grosse Lücke wie oben (3 mm.).

Die Zunge ist feucht, stark verbreitert und verdickt.

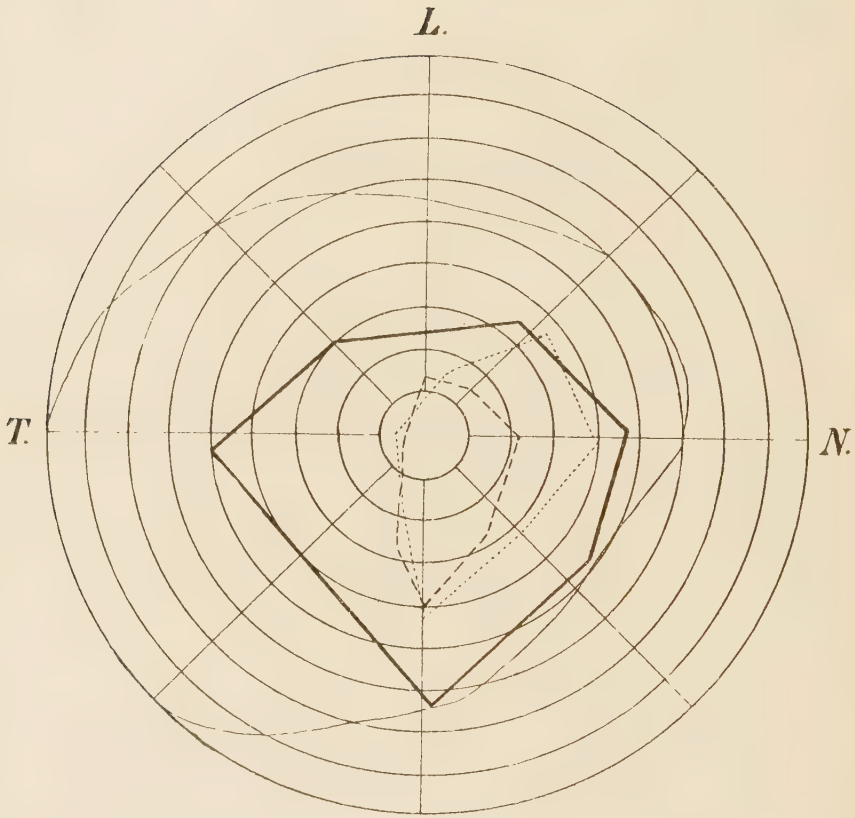
Epiglottis zart. Die Stimmbänder nicht verdickt, träg, das linke deutlich paretisch, etwas roth. Die Sprache ist langsam aber deutlich, die Stimme schwach, sehr tief und rauh. Eine Vergrösserung des Kehlkopfes ist nicht sicher zu constatiren, doch scheint eine solche vorhanden zu sein, da Pat. angiebt, sie müsse immer sehr gut kauen, sonst blieben ihr die Bissen gleich oben im Halse stecken.

Geruchssinn deutlich, Geschmack stark herabgesetzt, ebenso das Gehör beiderseits. Taschenuhr nur etwa 3-4 Zoll.

Die Untersuchung der Augen ergiebt folgendes:

Die rechte Papille erscheint eine Spur kleiner als die linke.

R. V. $= {}^{6}/_{10}$ mit $+ 0{,}50 = {}^{6}/_{9}$. Cylindergläser bessern nicht. Sn. III, mit $+ 1$ Sn. II mühsam.

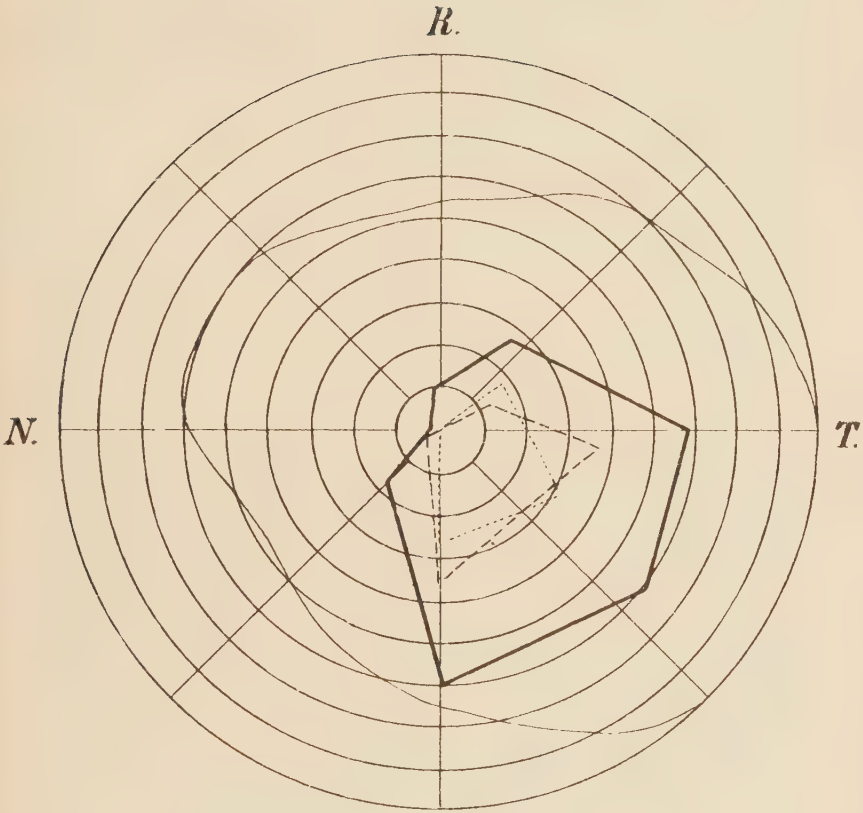


Grenze für

——— Weiss.

- - - Blau.

····· Roth.



Grenze für

——— Weiss.

. . . . . Blau.

- - - - - - - - - Roth.

L. V. = $^6/_6$ partiell, mit + 0,50 Cylinder = $^6/_6$. Sn. $I^1/_{II}$ in mittlerer Entfernung. Es besteht eine deutliche homonyme Hemianopsie besonders für Farben. Siehe Figur. Diese werden richtig erkannt, nur feine Nuancirungen derselben Grundfarbe werden nicht genau angegeben.

Erkannt wird: Grün r. auf $1^1/_4$, l. auf 4 m, Blau r. $1^1/_2$, l. 5 m, Roth r. 2, l. $5^1/_2$ m, Gelb r. 2, l. 6 m.

Die Beweglichkeit der Bulbi mit Ausnahme der Convergenzbewegungen normal. Kein Doppeltsehen.

Maasse am Kopf. Umfang horizontal über der Glabella 56,0 cm, Umfang von einem Ohransatz zum andern 33,0 cm.

Breite durch die Jochbeine 13,7 cm.
„ „ „ Procc. mast. 13,5 cm.
„ „ „ Tubb. pariet. 16,0 cm.
„ „ „ Unterkieferw. 12,0 cm.

Durchmesser des Schädels: Glabella bis Occiput: 18,5.

Höhe des Unterkiefers (vom unteren Orbitalrand bis zum untern Rand des Alveolarfortsatzes ohne Zähne) 5,0 cm.

Höhe des Unterkiefers (Kinn bis zum obern Zahnrand) 5,0 cm.

Gesichtshöhe (Kinn bis Glabella) 14,5 cm.

Nasenhöhe 6,3 cm.

Mundbreite 6,0 cm.

Abstand der äusseren Augenwinkel 11,2 cm.
„ „ inneren „ 3,5 cm.

Aeusserer Augenwinkel bis Ohr (mit B. M.) 7,5 cm.

Nasenflügelbreite 4,0 cm.

Länge der Ohrmuschel 7,2 cm.

Länge der horizontalen Theile des Unterkiefers (direct gemessen) 10,6 cm.

Hals: Etwas kurz und dick. Die Thyreoidea ist deutlich zu fühlen, besonders der linke Lappen, aber weder vergrössert noch verkleinert.

Halsumfang unterhalb des pomum Adami 40,0 cm.

Sagittaldurchmesser des Halses 12,0 cm.

Querdurchmesser des Halses 11,5 cm.

Rumpf: Rundliche Kyphose der Brust- und entsprechende Lordose der Lendenwirbelsäule.

Der Thorax ist breit, im Tiefendurchmesser sehr stark entwickelt. Epigastrischer Winkel = R.

Die claviculae erscheinen deutlich verdickt.

Die Brüste sind nicht atrophisch.

Im Nacken links ein handtellergrosses diffuses Lipom.

Percussion und Auscultation bieten nichts Abnormes.

Eine Dämpfung über den oberen Partieen des Sternums, wie in den drei Erbschen Fällen, ist nicht vorhanden.

Die Herzdämpfung ist nicht vergrössert. Der Spitzenstoss ist nicht sichtbar und nur sehr undeutlich zu fühlen. Die Action ist regelmässig. Die Töne an der Spitze rein, der zweite ein wenig klappend, der erste Ton an der Aorta manchmal etwas unrein.

Das sehr stark entwickelte Abdomen (Hängebauch) zeigt vom Nabel bis zur Symphyse eine 1—2 cm breite pigmentirte Narbe (von der Castration herrührend). Nabel tief eingezogen.

Leber und Milz sind nicht vergrössert.

Pubes sehr reichlich. Pruritus pudendi. Die grossen Labien hypertrophisch. Scheide faltenreich, sammetweich. Die Conjugata lässt sich nicht bestimmen, da Pat. zu empfindlich. Aus demselben Grunde Palpation des Uterus nicht ausführbar.

Die Nates sind colossal entwickelt.

Maasse: Länge der clavicula 17,5 cm.

Länge des sternums 21,5 cm.

Brustumfang unter den Armen 104,0 cm.

Umfang in der Höhe des proc. xiphoid. 106,0 cm.

Schulterbreite 39,0 cm.

Sagittaler Durchmesser (Höhe des proc. xiph.) 30,0 cm.

Querdurchmesser der Brust 34,0 cm.

Umfang des Bauches am Nabel 109,0 cm, etwas tiefer 118,0 cm.

Vom proc. xiph. bis Nabel 17,0 cm.

Vom Nabel bis ob. Symphysenrand 23,5 cm.

Distanz der Spinae 28,5 cm.

Distanz der Cristae 32,0 cm.

„ „ Trochanteren 37,0 cm.

Aeussere Conjugata 23,0 cm.

Obere Extremitäten: Die Muskulatur des Armes ist sehr schlaff. Das Handgelenk auffallend verdickt. Die Hände plump, tatzenartig, sehr breit. Die Hohlhand zeigt tiefe Rinnen, die auch bei ausgestreckter Hand nicht verstreichen. Die Phalangen erscheinen gleichmässig stark verbreitert und verdickt. Die Gelenke sind schlaff. Am Daumen ist die Endphalanx scharf abgesetzt. Die Interossei atrophisch. Die Nägel sind kurz und breit, flach, längsgerieft und zeigen schnelles Wachsthum.

Maasse: Länge des ganzen Armes (Acromion bis Kuppe des Mittelfingers). R. 72,0. L. 71,0 cm.

Länge des Oberarmes (Acromion bis Condyl. ext. hum.) 28,0 cm.

Länge des Vorderarmes (Condyl. ext. hum. bis Köpfchen des Radius) 25,0 cm.

Länge der Hand 19,0 cm.

Länge des Daumens R. 7,3 cm.

„ „ Zeigefingers 10,6 cm.

„ „ Mittelfingers 11,9 cm.

„ „ Ringfingers 11,2 cm.

„ „ kl. Fingers 9,2 cm

Die Finger der linken Hand um 0,3 cm kürzer.

Umfang des Oberarms R. 28,0, L. 26,5 cm.

„ „ Ellenbogengelenks R. 25,0, L. 24,5 cm.

Abstand der Condylen R. 7,0, L. 6,7 cm.

Umfang des Vorderarms ob. Drittel R. 25,0, L. 24,0 cm.

„ „ Handgelenks R. 18,7, L. 18,0 cm.

„ der Mittelhand (ohne Daumen) R. 22,7, L. 21,5 cm.

„ „ „ (mit Daumen) R. 27,0, L. 25,5 cm.

Breite „ „ (ohne Daumen) R. 9,5, L. 9,0 cm.

„ „ „ (mit Daumen) R. 11,5, L. 10,3 cm.

Umfang der Phalangen:

Daumen: R. I. 7,5. II. 7,3. L. 7,6. 7,0 cm.

Zeigefinger: R. 7,6. 7,3. 6,4. L. 7,5. 6,9. 6,3 cm.

Mittelfinger: R. 7,0. 7,4. 6,7. L. 6,8. 7,0. 6,5 cm.
Ringfinger: R. 6,8. 6,5. 6,3. L. 6,6. 6,3. 6,0 cm.
Kl. Finger: R. 6,1. 5,7. 5,5. L. 6,1. 5,6. 5,4 cm.

Umfang der Articulationes interphalangeae:

Daumen: 8,4 cm.
Zeigefinger: I. 7,9. II. 7,0 cm.
Mittelfinger: 7,8. 7,0 cm.
Ringfinger: 7,3. 6,6 cm.
Kl. Finger: 6,5. 5,9 cm.
Links um 0,3 cm geringer.

	Nagelbreite:		Nagellänge:	
Daumen:	R. 1,8.	L. 1,7.	R. 1,2.	L. 1,3 cm.
Zeigefinger:	1,5.	1,4.	1,0.	1,1 cm.
Mittelfinger:	1,5.	1,4.	1,0.	0,9 cm.
Ringfinger:	1,4.	1,2.	1,0.	1,0 cm.
Kl. Finger:	1,2.	1,1.	1,0.	1,0 cm.

Untere Extremitäten: Oberschenkel sehr stark entwickelt, Muskulatur aber schlaff. Kniegelenke verdickt, ebenso die Patellae. Bewegungen frei. Die Knochen des Unterschenkels und Fusses sämmtlich verdickt. Fussgelenke und Füsse sehr breit. Die Endphalanx der grossen Zehe auffallend stark entwickelt. Haut der Fusssohle mit tiefen Falten versehen.

Maasse: Spina ant. sup. ilei bis Fusssohle 93,0 cm.

Spina ant. sup. ilei bis unterer Rand der Kniescheibe 50,0 cm.

Länge des Oberschenkels (Trochanter bis Condyl. ext.) 41,0 cm.

Oberer Rand der Tibia bis Fusssohle 46,0 cm.
Oberer Rand der Tibia bis innerer Knöchel 38,0 cm.
Länge der Fibula 36,5 cm.
Länge des Fusses 25,0 cm.
Umfang des Oberschenkels:
Oben: R. 58,0. L. 54,0 cm.
In der Mitte: 51,5. 49,0 cm.
Dicht über der Patella: 40,0. 39,0 cm.

Umfang des Kniegelenks: 40,5. 40,0 cm.
Breite „ „ 10,5 cm.
Breite der Patella: 6,3. 6,0 cm.
Höhe „ „ 6,6. 6,4 cm.
Grösster Wadenumfang: 33,0. 32,5 cm.
Umfang oberhalb der Knöchel (unteres Drittel): 23,5. 23,0 cm.
Umfang der Knöchelgegend: 27,5. 27,0 cm.
Durchmesser zw. den Malleolen 7,2 cm.
Umfang des Spannes: 34,0 cm.
Höhe des Fusses: 7,0 cm.
Breite der Tibia: Oben 9,2. 8,9 cm.
Mitten 6,5. 6,2 cm.
Unten 5,2. 5,0 cm.
Breite der Ferse: 8,5 cm.
Umfang des Mittelfusses 27,0 cm.
„ an der Basis der Zehen: 26,0 cm.
Umfang der grossen Zehe: 11,4. 11,3 cm.
Länge: 7,0. Dicke: 4,0 cm.
Nagelbreite der grossen Zehe: 1,8 cm.
Nagellänge: 1,2 cm.
Aktive und passive Beweglichkeit:
In allen Gelenken normal.

Prüfung der Sensibilität:

Tastsinn: Im Gesicht wird einfache Berührung meist gar nicht oder doch nur ganz stumpf, deutlich nur am Kinn empfunden. Am Thorax sowohl vorn als hinten ist Pat. gegen Berührungen fast völlig unempfindlich, nur am Rücken links hinten unten gelangen dieselben, aber auch nur undeutlich, zur Perception.

An den oberen Extremitäten sind die inneren Handflächen am Besten empfindlich. An den unteren Extremitäten

wird rechts häufig gar nicht, links nur sehr undeutlich empfunden, an den Oberschenkeln und Füssen noch entschieden besser als an den Unterschenkeln, an den Fusssohlen deutlicher als am Fussrücken.

Ortssinn: Wo Empfindung vorhanden ist, wird dieselbe ziemlich gut localisirt. Die Minimaldistanzen für die Spitzen des Tasterzirkels sind ziemlich stark erweitert, was besonders an den Vorderarmen und Unterschenkeln auffällt. (Vorderarme 13 — 14 cm, Unterschenkel über 20 cm).

Drucksinn: Tiefer schmerzhafter Druck gegen die Kanten der Tibia wird gar nicht oder nur ganz schwach empfunden, ebenso auch tiefer Druck auf die Herzgegend nur wenig. Deutlich empfindlich gegen tiefen Druck sind die Unterbauchgegenden.

Temperatursinn: Eis wird am Kinn als kalt, sonst im Gesicht als warm und lau angegeben. An den Vorderarmen wird es grösstentheils als warm empfunden. Am rechten Bein meist lau, am linken kalt; die Innenfläche des rechten Oberschenkels ist für Kälte gut empfindlich. Heisses Wasser wird am Kinn heiss, an der Innenseite der Oberschenkel warm, am übrigen Körper lau empfunden.

Electrocutane Sensibilität: Fast an allen Körperstellen herabgesetzt.

Schmerzempfindung: Im Gesicht an vielen Stellen fast völlig erloschen. An der Vorderfläche des Thorax stark herabgesetzt, am Rücken in den unteren Partieen erhalten. An den Handgelenken wird das Durchstechen von Hautfalten überhaupt nicht percipiert, ebenso an den Fussgelenken. Die linken Extremitäten sind im Uebrigen für Nadelstiche ziemlich gut, die rechten überhaupt nicht empfindlich.

Die Schmerzempfindung scheint etwas verlangsamt zu sein, doch lässt sich dies bei der Trägheit der Pat. in ihren Angaben nicht vollkommen sicher entscheiden.

Die Sehnenreflexe sind vorhanden.

Urin: bis über 6 Ltr. täglich. Spec. Gew. bis 1038. Farbe strohgelb, leicht getrübt. Die quantitative Bestimmung

des Zuckergehalts, welche 6 Wochen hindurch mittelst eines von Herrn Prof. Dr. Fleischer angegebenen graduirten Gährungsröhrchens ausgeführt wurde, ergab bei öfterer Controlle durch die Fehling'sche Titrirmethode und die Polarisationsbestimmung meist 3—5 % Z., im Durchschnitt täglich 120 gr. Nie E., nie Acetonreaction.

Stuhl: Leichte Verstopfung, zeitweise etwas blutig in Folge von Haemorrhoiden.

Sputum: 0.

Blut: Die Zahl der rothen Blutkörperchen zeigte sich vermehrt (5 200 000). Die Prüfung mit dem Fleischl'schen Haemometer ergab nur 69 % des normalen Haemoglobingehaltes.

Dass es sich hier um die von Marie so bezeichnete Akromegalie handelt und eine Verwechselung mit einer der ähnliche Symptome zeigenden Krankheiten, wie Elephantiasis, Myxoedem, Leontiasis ossea, Osteitis und Arthritis deformans völlig ausgeschlossen ist, wird für Jeden, der das typische Bild der Erkrankung kennt, zur Evidenz klar sein, so dass ich mir eine differentiell diagnostische Erörterung des Falles wohl ersparen darf.

Dagegen scheinen mir einige Symptome bei unserer Patientin, die seltener oder überhaupt nur bei ihr beobachtet worden sind, einer Besprechung werth und sind, wie ich behaupten zu dürfen glaube, für die ganze Auffassung dieser merkwürdigen Krankheit von Wichtigkeit.

Zunächst möchte ich darauf aufmerksam machen, dass der Name Akromegalie eigentlich nicht ganz passend gewählt ist, wie dies ja auch wohl Marie schon selbst fühlte, sonst hätte er den erklärenden Zusatz: hypertrophie singulière etc. nicht gebraucht. Und damit hat er ebenfalls noch keine richtige und ausreichende Definition gegeben, Das, was Marie „Akra" nennt, sind in Wirklichkeit die abhängigsten

Partieen der Extremitäten, des Kopfes, ja auch des Rumpfes und auch einzelner Organe.

Der Process beginnt in den Endphalangen der Finger, in den Füssen, an Unterkiefer und Kinn, an den Lippen, der Zunge, den unteren Theilen der Nase und Ohren u. s. w., ebenso am Becken und schreitet nach oben zu weiter, so dass die am längsten erkrankten Partieen natürlich die stärksten Veränderungen zeigen.

Auf die Erkrankung der Beckenorgane ist die Menopause zu beziehen, und da diese schon zeitig auftritt, so muss man schliessen, dass das untere Rumpfende schon zeitig ergriffen, oder vielmehr dass der Process nicht continuirlich von den Füssen aus fortschreitend zum Rumpf gelangt, sondern selbständig hier, zugleich mit den Veränderungen an den anderen Theilen, beginnt. Und diese Veränderungen am unteren Ende des Rumpfes sind sehr constant; in allen bisher beobachteten Fällen, welche Frauen betrafen, cessirten die Menses.

Aber auch in einzelnen anderen Organen tritt die Vergrösserung an den abhängigsten Theilen auf, so besonders an der Hypophyse des Gehirns. Ein Tumor wurde bisher in 4 Fällen durch die Section constatiert. Drei Fälle davon führt Erb an, der vierte betrifft die zweite Beobachtung Maries; bei der Section des Fraentzel'schen Falles und ebenso des Saundby'schen fand sich an der Glandula pituitaria keine Veränderung. Bei unserer Patientin deuteten schon lange die Kopfschmerzen, der Gesichtsausdruck, die verlangsamte Sprache, das lange Zeit beobachtete Erbrechen, die Abnahme der Intelligenz und der Körperkräfte auf einen Gehirntumor, und man kann diesen wohl sicher auf eine Vergrösserung der Hypophyse beziehen, wenn man die Störungen an den Augen, besonders die Hemianopsie beachtet, die, wie ein Blick auf das perimetrische Bild ergiebt, auf einen Druck des linken Tractus hindeutet.

Die Hypophyse scheint aber nicht der einzige veränderte Theil des Gehirns zu sein; die Störungen des Geschmacks und Gehörs, sowie den intermittirenden Diabetes, der bisher

noch nie beobachtet wurde, von dem ich aber dennoch glaube, dass er kein nur zufälliger Befund ist (der intermittirende Character scheint mir auf abwechselnd schnellere und langsamere Wachsthumsvorgänge zu deuten), und ebenso auch die Hyperidrosis möchte ich in gleicher Weise auf abnorme Vergrösserung und Druck wieder in den abhängigsten Partieen des Gehirns, in Medulla und Kleinhirn, im vierten Ventrikel beziehen.

Ebenso halte ich die bisher in solchem Umfange noch nicht beobachteten Sensibilitätsstörungen wenigstens zu einem grossen Theile für central bedingte.

Bei dieser Auffassung lassen sich fast alle Erscheinungen wenigstens mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auf einen gemeinsamen Heerd zurückführen und wenn dies, wie zu hoffen, sich durch die spätere Autopsie bestätigen sollte, so wäre unser Fall einer der ausgebildetsten von allen bisher mitgetheilten.

Die Aetiologie ist immer noch unklar. Vielleicht könnte man daran denken, dass, weil alle Wachsthumsvorgänge gerade an den abhängigsten Theilen beginnen, in den Blutgefässen, im Blute selbst, in einer veränderten Circulation und einer damit verbundenen gesteigerten Ernährung der Ursprung des Leidens zu suchen sei. Auf die Annahme von Störungen im Blut und der Blutbahn dürften vielleicht auch die bei Bronchektasie und Pulmonalstenose auftretenden kolbigen Verdickungen der Endphalangen der Finger hinweisen.

Ueber die von Erb behauptete Persistenz der Thymus und über die Betheiligung der Thyreoidea an dem Krankheitsprocesse sind die Resultate späterer Untersuchungen und besonders der Autopsieen abzuwarten.

Von einer Therapie konnte bisher noch nicht die Rede sein.

Zum Schluss verfehle ich nicht, meinem verehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. Strümpell für die Anregung zu vorliegender Arbeit, sowie für die liebenswürdige Unterstützung, die er mir bei Anfertigung derselben angedeihen liess, ebenso Herrn Professor Dr. Eversbusch und seinen Herren Assistenten für die Augenuntersuchung an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Druck von Frdr. Aug. Horn, Berlin SW, Beuthstr. 5.